

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
CURSO DE FISIOTERAPIA

**A Incontinência Urinária entre Mulheres em Tratamento para a Interrupção
do Tabagismo: Um Estudo Descritivo**

Ellen Teles da Costa Pereira
Maria Christina Dale

BRASÍLIA
2008

Ellen Teles da Costa Pereira

Maria Christina Dale

A Incontinência Urinária entre Mulheres em Tratamento para a Interrupção do Tabagismo: Um Estudo Descritivo

Artigo científico apresentado à disciplina de Monografia como requisito parcial para a conclusão do Curso de Fisioterapia no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Prof. Aline Teixeira Alves

Co-orientadora: Michelle Cecília dos Reis

BRASÍLIA

2008

ALINE TEIXEIRA ALVES *

MICHELLE CECÍLIA DOS REIS **

MARIA CHRISTINA DALE ***

ELLEN TELES DA COSTA PEREIRA ***

A Incontinência Urinária entre Mulheres em Tratamento para a Interrupção do Tabagismo: Um Estudo Descritivo

The Urinary Incontinence among women in treatment to stop smoking: A Descriptive Study

* Mestranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília - UCB

** Pós-graduada em Uroginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

*** Acadêmicas do 10º semestre do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Endereço para Correspondência: Ellen Teles da Costa Pereira, SHIN QI 05 Conjunto 9 Casa 3 – Lago Norte 71505-790 Brasília – DF, Tel: (61) 9976-8856, e-mail: nureen_sigliah@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Revelar a proporção de incontinência urinária (IU) entre freqüentadoras dos Centros de Referência de Tratamento do Tabagismo em Grupo do Distrito Federal (CRTTG-DF) e descrever seu perfil quanto aos principais fatores de risco para a IU e quanto às variáveis relacionadas ao fumo.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo no qual foram avaliadas 43 mulheres dos CRTTG-DF. Os dados foram coletados por questionário confeccionado com base no Índice de Severidade de Sandvick e na padronização da terminologia de função do trato urinário inferior da Sociedade Internacional de Continência. Os antecedentes tabágicos foram obtidos na ficha admicional das voluntárias e o grau de dependência de nicotina foi avaliado pelo Questionário de Dependência de Fagerström.

Resultados: 56% mostraram-se incontinentes, das quais 48% tinham incontinência urinária mista, 39% incontinência urinária de esforço e 9% urgeincontinência. A faixa etária variou entre 23 e 77 anos, sendo a média entre as incontinentes de 44 ($\pm 13,13$) e entre as continentes de 48 ($\pm 13,04$) anos.. Entre as incontinentes, 9% já haviam passado pela menopausa. Entre aquelas que consumiam mais de 20 cigarros/dia, 37,20% referiram IU. Quanto ao grau de dependência de nicotina, observou-se ser mais freqüente a IU entre as com elevado (20,93%) e muito elevado (20,93%) nível de dependência .

Conclusão: a proporção de IU entre as freqüentadoras do CRTTG-DF parece ser elevada, o que sugere a necessidade de estudos mais aprofundados a fim de otimizar a assistência prestada às mesmas.

Palavras-chave: Incontinência urinária; fatores de risco; saúde da mulher

ABSTRACT

Objective: reveal the proportion of urinary incontinence (UI) among the attendants of the Centers for the Treatment of Tobacco Addiction in Group of the Federal District (DF-CRTTG) and describe its profile in terms of the main risk factors for UI and of the variables related to smoking.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study in which 43 women of the CRTTG-DF were evaluated. Data were collected by a questionnaire made upon the Sandvick Severity Index and the International Continence Society terminology of the lower urinary tract function. The *individual* backgrounds on tobacco were obtained in the contractual profiles of the volunteers and the degree of dependence on nicotine was evaluated through the Fagerström Dependence Questionnaire.

Results: 56% seemed to be incontinent, of which 48% had mixed incontinence, 39% stress incontinence, and 9% urge incontinence. The ages ranged between 23 and 77 years old, with an average of 44 (± 13.13) among the incontinents, and of 48 (± 13.04) among the continents. Among the incontinent, 9% had gone through menopause. Among those who consumed more than 20 cigarettes per day, 37.20% reported UI. As for the degree of dependence on nicotine, it was found UI to be most common among those with high (20.93%) and very high (20.93%) levels of dependence.

Conclusion: the proportion of UI among the CRTTG-DF attendants seems to be high, suggesting the need for further studies in order to optimize the assistance provided to them.

Key-words: urinary incontinence, risk factors, women's health, smoking.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma epidemia global, sendo a maior causa isolada de morte nos dias de hoje. Neste ano de 2008 o tabaco matará mais de cinco milhões de pessoas, mais que tuberculose, HIV/AIDS e malária juntas. Em 2030 o total de mortes excederá 8 milhões por ano.¹

O tabagismo é diretamente responsável por 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 25% das mortes por doença cerebrovascular. Outras doenças que também estão relacionadas ao uso do cigarro são aneurisma arterial, trombose vascular, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias e disfunção erétil. Estima-se que, no Brasil, a cada ano, 200 mil pessoas morram precocemente devido às doenças causadas pelo tabagismo, número que não pára de aumentar.²

O fumo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, sendo que a metade dela ocorre nos países em desenvolvimento. Este valor, calculado pelo Banco Mundial, é o resultado da soma de vários fatores, como o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco, mortes de cidadãos em idade produtiva, maior índice de aposentadorias precoces, aumento no índice de faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo.³

Estudos internacionais de base populacional afirmam que o tabagismo é um dos vários fatores de risco para a incontinência urinária, que segundo a Sociedade Internacional de continência é definida como toda e qualquer perda involuntária de urina.^{4,5,6} Há alguns autores que tentam elucidar acerca dessa possível relação, no entanto ainda não há dados conclusivos, existindo apenas algumas suposições.^{7,8,9,10}

Entre elas, uma das principais teorias considera que o fumante apresenta tosse violenta, causando efeito direto e indireto na bexiga, na uretra e nas estruturas anatômicas adjacentes.⁵ O que pode, por sua vez, danificar o sistema esfinteriano propiciando ou mesmo agravando a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) na qual há perda involuntária de urina associada a manobras provocativas como a tosse e o espirro.^{6,11}

Há por outro lado trabalhos que demonstram do efeito direto da nicotina no músculo detrusor. Segundo esses autores, a substância poderia predispor a contrações involuntárias, facilitando a perda por aumento na pressão vesical e não por diminuição da pressão uretral como ocorre na IUE.^{12,13} Nesses casos, a perda involuntária de urina não tem relação com o esforço, estando associada ou precedida imediatamente por urgência miccional, o que é chamado de

urgeincontinência.⁶ No entanto, como supracitado, não há nada de conclusivo nesse sentido, sendo provável haver uma sobreposição dos fatores como sugere Nusbaum et al (2000) em sua revisão bibliográfica.¹⁰

Em função de toda a problemática exposta e da carência de estudos abordando a relação entre fumo e incontinência urinária, esse é um tema de pesquisa sugerido pela ICS que, em seu último consenso, afirmou haver poucos estudos objetivando a associação entre o tabagismo e a perda involuntária de urina, sendo, portanto, segundo tal entidade internacional, necessários novos trabalhos prospectivos que busquem especialmente revelar sobre o papel do controle do fumo na prevenção e mesmo na resolução da incontinência urinária (IU).¹⁴

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo revelar a proporção de incontinência urinária entre freqüentadoras dos Centros de Referência de Tratamento do Tabagismo em Grupo do Distrito Federal (CRTTG) e descrever o perfil das mesmas quanto aos principais fatores de risco definidos pela literatura bem como quanto às variáveis específicas relacionadas ao fumo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo no qual foram avaliadas 43 mulheres admitidas para tratamento entre agosto e setembro de 2008 nos Centros de Referência de Tratamento do Tabagismo em Grupo (CRTTG) vinculados à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Para sua realização, o projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Brasília (CEP – UNICEUB), sendo devidamente aprovado com registro de protocolo sob o número TCC 81/08 (CAAE 2395/08)

Nos CRTTG os fumantes são abordados de forma semelhante, pois nos mesmos existe uma padronização na forma de abordagem em função do vínculo com o Núcleo de Prevenção da Coordenadoria de Controle de Câncer da Secretaria de Saúde. No Distrito Federal, essas unidades de tratamento abrangem dezesseis regionais, totalizando 26 grupos ativos no momento da coleta dos dados. Dessas unidades, nove localizam-se em hospitais e 29 em centros de saúde distribuídos em todas as regionais administrativas. No entanto, para o presente estudo só foram incluídos cinco unidades: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional do Guará (HRGU), Centro de Saúde 03 do Guará, Centro de Saúde 03 do Gama e Centro de Saúde 02 de Sobradinho.

Foram critérios de exclusão do estudo dados incompletos, período gestacional, idade inferior a 18 anos, bem como parto a menos de um ano. Todas as voluntárias abordadas concordaram em

participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), não havendo necessidade de excluir nenhuma delas em função dos critérios supracitados. No entanto, foi necessário excluir uma unidade abordada, pois no Centro de Saúde 01 de Brazlândia o Questionário de Dependência de Fagerström não estava preenchido conforme previsto pelo protocolo de pesquisa empregado no presente estudo.

A coleta de dados foi sempre realizada no segundo encontro dos grupos pesquisados, que têm normalmente quatro reuniões, apesar de, em alguns, ocorrerem cinco concursos sempre semanais. Para a obtenção de informações referentes ao tabagismo foram utilizados os dados coletados no questionário adicional das fumantes para o ingresso nos grupos (Anexo B). Esse questionário é padrão e rotineiro nos CRTTG sendo aplicados pelos profissionais responsáveis e vinculados aos mesmos sempre no primeiro encontro. As perguntas têm como objetivo coletar informações acerca dos antecedentes tabágicos de cada participante, bem como detectar o nível de dependência de nicotina, avaliado por meio do Questionário de Dependência de Fagerström que foi validado no Brasil por Carmo *et al.* em 2002.¹⁵

Para a obtenção das informações referentes ao presente estudo e por não ter sido identificado qualquer instrumento de avaliação validado no país que atenda ao objetivo em questão, as participantes do trabalho foram avaliadas por meio de um questionário (Anexo C), elaborado pelas autoras. Para sua confecção foi utilizado como referência o índice de severidade de incontinência proposto por Sandvick *et al.* (1993) padronização da terminologia de função do trato urinário inferior proposta pela Sociedade Internacional de Continência, sendo ainda agregados questionamentos adicionais acerca de variáveis clínicas e demográficas relevantes.^{6,16.}

O pré-teste do instrumento de avaliação foi realizado nas pacientes atendidas no serviço de fisioterapia do Centro de Formação Profissional do UNICEUB (Cenfor – UNICEUB) durante a primeira quinzena de agosto do ano de 2008. Nesse pré-teste as autoras identificaram as perguntas com índice de incompreensão superior a 5% e as reformularam a fim de minimizar possíveis interferências no trabalho.

Os questionários de avaliação foram em suma auto-administrados. Mas, naqueles casos em que a participante manifestou incapacidade de domínio da leitura e da escrita, o mesmo foi aplicado pelas entrevistadoras sem quaisquer explicações extras durante a leitura das questões.

Foram definidas como incontinentes todas as pesquisadas que afirmaram ter perda urinária involuntária nos últimos doze meses ou que tiveram resposta negativa para essa questão, mas responderam às questões subsequentes referentes à frequência, tipo e volume da perda urinária. As

voluntárias que responderam sim à pergunta “Quando você perde urina, essa perda está associada a manobras de esforço como, por exemplo, tossir, espirrar, pegar peso ou praticar atividade física?” foram classificadas como vítimas de incontinência urinária de esforço (IUE), enquanto as que tiveram retorno afirmativo em “Quando você perde urina, essa perda está associada a um desejo repentino e muito forte de urinar?” foram definidas como portadoras de urgeincontinência (UI), sendo que para respostas positivas em ambas as questões deu-se a classificação de incontinência urinária mista (IUM).

Para descrição do nível de dependência de nicotina foi empregada a classificação original do Questionário de Dependência de Fagerström que define o grau de dependência como muito baixo (0 a 2 pontos), baixo (3 a 4 pontos), médio (5 pontos), elevado (6 a 7 pontos) e muito elevado (8 a 10 pontos), mas para a análise estatística foi definido como ponto de corte seis pontos na escala, formando-se o grupo de baixa dependência e elevada dependência ¹⁵

Para apresentação dos resultados foram empregadas ferramentas descritivas como média, proporção, porcentagem e desvio padrão para traçar o perfil das mulheres quanto aos principais fatores de risco definidos pela literatura bem como quanto a variáveis específicas relacionadas ao fumo.

RESULTADOS

A proporção de incontinência urinária encontrada foi de 55,81% de forma que 39,13% das voluntárias foram classificadas como portadoras de incontinência urinária de esforço e 8,69% de urgeincontinência isoladamente. No entanto, 47,82% revelaram ter sintomas compatíveis com as duas categorias, sendo, portanto, classificadas como portadoras de incontinência urinária mista. Houve ainda 4,36% das pesquisadas que não se encaixaram em nenhuma das classificações supracitadas e por isso foram consideradas como portadoras de outras formas de incontinência.

A faixa etária geral da população variou entre 23 e 77 anos, sendo a média de idade entre as incontinentes de 44 ($\pm 13,13$) e entre as continentes de 48 ($\pm 13,04$) anos. Quanto ao número de filhos, 9,29% revelaram ser nuligestas, 44,18% tinham de 1 a 2 filhos e 44,50% 3 ou mais. Esses e outros dados estão representados na tabela 1 que mostra o perfil das voluntárias quanto aos principais fatores de risco para incontinência urinária já definidos pela literatura

Somente uma mulher mencionou antecedente cirúrgico de histerectomia, sendo ela classificada como incontinente. Já a perineoplastia foi referida por cinco mulheres, das quais três eram incontinentes e duas continentes. Outra cirurgia referida pelas voluntárias e que merece ser registrada foi a colposuspensão, que ocorreu entre duas voluntárias sendo que uma delas apresenta perda involuntária e a outra não.

Ao avaliarmos a proporção de continentes e incontinentes com relação ao número de cigarros consumidos por dia constatamos que entre as voluntárias que consumiam 20 cigarros ou mais dia 37,20% tinham perda involuntária de urina, enquanto que entre as que estavam abaixo desse ponto de corte essa porcentagem era de 18,60% como ilustrado na tabela 2. Entre as que consumiam 20 cigarros ou mais dia a forma de perda urinária mais comumente referida foi a incontinência mista seguida respectivamente por urgeincontinência e incontinência de esforço. O que ocorreu da mesma forma entre as que consumiam menor número de cigarros.

Ao classificar as voluntárias quanto ao nível de dependência nicotínica, constatamos que 20,93% das que tinham alto grau de dependência eram incontinentes, enquanto que para aquelas com grau muito baixo somente 4,65% não mantinham pleno controle sob seu trato urinário. Esses dados estão dispostos na tabela 3 que revela ainda a proporção de mulheres continentes e incontinentes segundo as demais categorias do Questionário de Dependência de Fagersström.

Quanto a forma mais frequentemente referida de incontinência urinária, constatamos que entre as mulheres com grau de dependência classificados como muito baixo, baixo e médio a incontinência de esforço foi mais freqüente como mostra o gráfico 1. Já entre aquelas com elevado e muito elevado grau de dependência a urgeincontinência foi mais comumente referida como representado no gráfico 2.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Os dados encontrados mostram que aproximadamente 56% das mulheres pesquisadas sofrem com a incontinência urinária. O que pode ser estimado um índice elevado ao levarmos em consideração que, apesar de haver grande discrepância nos dados epidemiológicos referidos pela literatura, uma metanálise sobre o tema diz ser de apenas 16% a prevalência entre as mulheres abaixo de 30 anos e de 29% para aquelas com idade entre 30 e 60 anos.¹⁷

No entanto ao traçar tal paralelo, há de se considerar que outros trabalhos revelam índices mais próximos apesar de não idênticos aos aqui apresentados. Entre eles merece destaque, por sua excelência metodológica, o estudo transversal de base populacional feito na Escola de Saúde Pública de Harvard no qual investigou-se mais de 80 mil mulheres na faixa etária de 37-54 anos, revelando, assim, que 43% das pesquisadas referiam incontinência urinária.¹⁸ Em contrapartida, Swanson e *et al.* (2005) encontraram prevalência de 51% de incontinência urinária entre 1082 mulheres acima de 45 anos, sendo que entre as fumantes desse estudo 43% revelaram ser incontinentes.¹⁹

No Brasil, não foram encontrados estudos de base populacional que abordem o tema e que tenham população semelhante a aqui estudada. Mas Higa & Lopes (2005) ao estudarem as 378 enfermeiras de um hospital-escola afirmaram que 27% relataram queixa de incontinência urinária das quais 34% referiram incontinência mista, 28% incontinência de esforço 20% urgeincontinência e 16% outras formas de incontinência.²⁰

Esses dados não se assemelham aos do presente trabalho, uma vez que na nossa população 48% foram classificadas como portadoras de IUM, 39% de IUE, 9% de UI e 4% de outras formas de incontinência. Portanto, no presente trabalho as voluntárias referiram mais comumente terem perdas desencadeadas pelas manobras de esforço do que perdas precedidas de urgência miccional, o que não é corroborado por Tampakoudis *et al.* (1995) que afirmaram ser a UI mais freqüente que a IUE entre as fumantes.¹¹ Mas Teleman *et al.* (2004) em um dos desdobramentos do estudo de WHILA (Women's Health in the Lung Área), afirmam não haver associação entre o fumo e o aumento da atividade vesical o que está intimamente relacionado à urgeincontinência.²¹

Assim, apesar do tipo de estudo aqui apresentado não permitir esse tipo de inferência, parece existir associação entre o fumo e a incontinência urinária, como revela estudos de metodologia adequada para tal fim.^{4,18} No entanto, ainda é contraditório o real impacto que o fumo exerce sobre o mecanismo fisiopatológico da incontinência, já que há autores que vêem essa relação somente para aqueles casos em que há aumento da atividade vesical, mas não para as perdas desencadeadas pelo esforço. Dallosso *et al.* (2003) em aquiescência a essa afirmativa revelaram um estudo de coorte que o fumo é um fator de risco somente para a hiperatividade vesical, mas não para a incontinência urinária de esforço.²³ Também corroborando essa premissa, Bulmer *et al.* (2001) afirmam que as fumantes têm mais chances de receber diagnóstico urodinâmico de hiperatividade vesical.²⁴

Em contrapartida, Richter *et al.* (2005) em seu estudo de coorte revelam que o fumo é um fator de risco independente para incontinência de esforço²⁵. O que é corroborado por Bump & McClish (1992) e por Tampakoudis (1995) que em seus respectivos estudos transversais afirmaram

ser o fumo uma variável que se correlaciona positivamente com a incontinência urinária de esforço bem como com a urgeincontinência.^{5,11}

Neste trabalho, como supracitado, foi mais freqüente a referência de IUM o que está de acordo com outros estudos que evidenciaram maior prevalência da incontinência mista quando o diagnóstico se baseia apenas na queixa clínica.^{26,27} Após a IUM, a IUE foi a forma de incontinência mais comumente referida pelas mulheres o que pode estar associado ao fato de que na população estudada 62,79% das voluntárias tinham menos que 50 anos, pois sabe-se que entre as mulheres mais jovens é mais comum esse diagnóstico ao passo que entre as mais velhas os sintomas irritativos aparecem com maior freqüência.²⁸

Quanto ao número de cigarros, foi possível observar que a incontinência foi um fator mais freqüente entre mulheres que fumavam 20 cigarros ou mais por dia o que é corroborado por Hannestad *et al.* (2003) que afirmam haver uma resposta do dependente quanto ao consumo diário de cigarros, usando para tal o mesmo ponto de corte aqui empregado.²⁹ No entanto, não se pode negligenciar o fato de que em outros trabalhos essa mesma relação não foi encontrada, revelando, pois, não haver associação entre o consumo diário de cigarro e o estado de continência.³⁰

A forma mais comum de incontinência entre as mulheres que fumavam mais de 20 cigarros por dia foi a IUM, o que está de acordo ao encontrado por Bump & McClish (1992) bem como por Hannestad *at al.* (2003).^{5,29} Nesses trabalhos os autores afirmam que o consumo diário maior de cigarros tem efeito independente e significativo nesses casos em que há associação dos sintomas.^{5,29}

Entre as mulheres do grupo de elevada dependência nicotínica encontramos maior ocorrência de perda urinária ao esforço, ao passo que entre as do grupo de baixa dependência foi mais comum a incontinência urinária mista. Em função das limitações do presente estudo não se pode obter dados conclusivos sobre possível relação causal nesse sentido. No entanto é válido lembrar que o grau de dependência não guarda relação direta com o nível de nicotina presente no corpo o que por sua vez pode predispor ao menos em estudos *in vitro* alterações no padrão de funcionamento muscular da bexiga urinária.^{15,31} Essa afirmativa merece destaque já que, caso houvesse associação entre nível circulante de nicotina e os escores do Teste de Fagerström, poderia ter sido encontrada maior freqüência de sintomas irritativos entre aquelas com maior grau de dependência nicotínica.

Para finalizar é primordial que se reconheçam as limitações inerentes ao modelo e à proposta de estudo aqui apresentada. Por isso vale ressaltar que como em todo estudo descritivo o presente trabalho não apresenta grupo controle e a exposição à doença e ao fator de risco se faz em um único

ponto do tempo o que não permite que hipótese de relação causal seja estabelecida. A ausência de cálculo amostral é outra limitação a ser considerada já que em função dela é impossível extrapolar os dados no sentido de usá-los como representante do universo aqui estudado. Assim, não se pode dizer que os dígitos revelados representam o perfil de todas as freqüentadoras dos CRTTG-DF, sendo para esse fim necessários estudos com adequada metodologia científica.

Outra limitação a ser considerada é a ausência de estatística inferencial, pois sem a mesma não é possível concluir sobre a existência ou não de associações.

Com relação à metodologia vale enfatizar a possibilidade de viés em função da forma eleita para a obtenção dos dados, pois eles foram colhidos baseados nas referências das voluntárias sem que houvesse comprovação por meio de testes objetivos. Além disso, as informações associadas aos antecedentes tabágicos foram obtidas por meio de consulta a dados coletados por terceiros e que não estavam cientes do presente trabalho. No entanto, a primeira opção foi feita levando-se em consideração a definição de incontinência urinária da ICS que não exige nenhuma técnica diagnóstica complementar enquanto que a segunda o foi com o intuito de minimizar o número de perguntas a serem respondidas, o que, por sua vez, poderia aumentar a possibilidade de obtenção de questionários incompletos.

Assim, conclui-se que a proporção de IU entre as freqüentadoras pesquisadas dos CRTTG-DF é elevada não ocorrendo com maior freqüência alusão entre elas dos demais fatores de risco para a perda involuntária de urina. Observou-se também maior número de incontinentes entre as voluntárias que fumavam mais de 20 cigarros/dia e entre aquelas com índices mais elevados de dependência nicotínica segundo o Questionário de Dependência de Fagerström.

Esses resultados sugerem a necessidade de estudos mais aprofundados a fim de investigar possível associação entre fumo e incontinência urinária e conseqüentemente otimizar a assistência prestada às mesmas. Já que a incontinência urinária é uma condição de grande repercussão na saúde da mulher, pois tem impacto no nível psicológico, ocupacional, físico e sexual, estando assim relacionada com grave detrimento na qualidade de vida feminina.^{32,33} Tal detrimento é tão impactante que alguns autores sugerem que estratégias nesse âmbito sejam tomadas a fim de desestimular a mulher a começar a fumar ou até mesmo encorajá-la a interromper o tabagismo, pois como define as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é primordial que se reduza os estímulos para a iniciação e se maximize a monitorização dos efeitos dos produtos do tabaco sobre a saúde.^{5,34}

AGRADECIMENTOS

Por apoiar e incentivar de forma calorosa esta pesquisa, agradecemos ao Dr. Celso Antonio Rodrigues da Silva, Coordenador do Programa de Prevenção e Controle do Câncer e Tabagismo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, à equipe do DISAT e aos Centros de Referência de Tratamento do Tabagismo em Grupo visitados.

Registramos ainda imensa gratidão ao professor Luiz Guilherme Grossi Porto, pelos conhecimentos transmitidos, apoio irrestrito desde a gestação desse projeto e colaboração na análise dos dados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf WHO Report on the global Tobacco epidemic, 2008. 06.11.08. 23h00
2. INCA <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=faq> Perguntas e Respostas. 10.11.08 02h15
3. NCA. <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=economia&link=aspectos>. hm. Aspectos Econômicos do Tabaco. 10.11.08. 02h00
4. Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol*. 2002; 100:1238
5. Bump RC, McClisch DK,. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;167(5):1213-8
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61:37-49.

7. Moore KN, Saltmarche A, Query B. Urinary incontinence – non-surgical management by family physicians. *Can Fam Physician* 2003;49:602-10
8. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de Risco para incontinência urinária na mulher. *Ver Esc Enferm USP* 2008; 42(1):187-92)
9. Christofi N & Hextall A. An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynecology. *Menopause International* 2007;13:154-8
10. Nusbaum ML, Gordon M, Nusbaum D, McCarthy MA, Vasilakis D. Smoke alarm: a review of the clinical impact of smoking on women. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2000;7:207-214
11. Tampakoudis P, Tantanassis T, Grimbizis G, Papaletsos M, Mantalenakis S. Cigarette smoking and urinary incontinence in women—a new calculative method of estimating the exposure to smoke . *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* , 1995; 63(1):27-30
12. Bump RC, McClisch DK. Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(2):579-82
13. Midgette AS; Baron JA. Cigarette smoking and the risk of natural menopause. *Epidemiol.* 1990 Nov;1(6):474-80
14. Hunskaar S, Burgio K, Herzog AR, Hjalmas K, Kapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence, in: *incontinence 2nd Ed* Edited by Abrams P, Cardozo L., Khoury S, Wein AJ. Plymbridge Health Publication Ltd, 167-201:2002
15. Carmo JT, Pueyo A. A adaptação do português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med* 2002; 59(1/2):73-80
16. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:497–9.
17. Hampel C, Weinhold N, Eggersmann C, Thuroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology.*1997;50(suppl 6A):4-14.).
18. Danforth KN, Tonwnsend MK, Lifford K, Gary C. Curhan GC , Resnick NM, Grodstein F. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-aged Women, *Am J Obstet Gynecol.* 2006; February: 194(2): 399-345.
19. Swanson JG, Kaczorowski J Skelly J, Finkelstein M. Urinary icontinence – Common problem among women over 45, *Can Fam Physician*, 2005; 51(1):84-88

20. Higa R, Lopes MHB. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Rev. bras. enferm.* 2005 Ago; 58, no.4, p.422-428
21. Telemann PM, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Mattiasson A. The WHILA study group. Overactive Bladder: prevalence, risk factors and relation to stress incontinence in middle-aged women. *BJOG*, June 2004; 111, 600-604
22. Nuotio M, Jylha M, Koivisto AM, Tammela TLJ. Association of smoking with urgency in older people. *Eur Urol* 2001;40:206-12
23. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK, Leicestershire MRC. Incontinent Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU International* 2003;92: 69-77
24. Bulmer P, Yang Q, Abrams P. Does cigarette smoking cause detrusor instability in women? *J Obstet Gynaecol*, 2001; 21: 528-9
25. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Moalli PA, Markland AD, Mallet V, et al. Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women. *American Journal Obstetrics & Gynecology*, 2005; 193:2088-93
26. Indrekvan S, Fosse OAK, Hunskaar S. A Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 2001; 35:26-31.
27. Feldner Jr PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002 março; 24(2):87-91
28. Fonda D, Benvenuti F, Cottenden A, DuBeau C, Kirshner-Hermanns R, Miller K, et al. Urinary incontinence and bladder dysfunction in older persons, Paris, 2001; 2nd ed. Edited by P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury and AJ Wein. Plymouth United Kingdom: Plymbridge Distributors, Ltd, chap 10: 625-95.
29. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPICONT Study. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110:247-54
30. Roe B, Doll H. Lifestyle factors and continence status: comparison of self-report data from a postal survey in England. *J WOCN* 1999; 26:312-9

31. Sener G, Kapucu C, Paskaloglu K, Ayanoglu-Dülger G, Arbak S, Ersoy Y et al. Melatonin reverses urinary system and aorta damage in the rat due to chronic nicotine administration. *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 2004;56:359-66
32. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto NR Jr. Validação para o português do International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):438-44.
33. Kinn AC, Zaar A. Quality of life and urinary incontinence pad use in women. *Int Urogynecol J* 1998; 9:83-87
34. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil – avanços e desafios. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32(5):283-300).

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da voluntária: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone de Contato: _____

RG: _____ CPF: _____

O presente estudo tem como objetivo avaliar se existe alguma dificuldade de controle da urina em mulheres freqüentadoras dos Centros de Referência de Tratamento do Tabagismo em Grupo do Distrito Federal. Para isso, será aplicado um questionário por aproximadamente 20 (vinte) minutos, no qual tem algumas perguntas gerais e também sobre perda urinária. As informações colhidas serão mantidas em sigilo, sendo apenas utilizadas para a pesquisa e o seu nome nunca aparecerá nos resultados. Caso haja interesse, essa autorização poderá ser retirada a qualquer momento e por qualquer razão sem qualquer prejuízo para sua permanência neste grupo. A sua participação na pesquisa não será remunerada e não trará gastos a mais com alimentação ou transporte, sendo uma voluntária no estudo.

Para tirar dúvidas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB no telefone 3340-1363 ou no endereço SEPN 707/907, Campos do UniCEUB, LABOCIEN. Ou ainda com as pesquisadoras Ellen Teles 9976-8856, Maria Christina Dale 9981-421e a orientadora Aline Teixeira Alves. Os resultados finais da pesquisa estarão disponíveis para consulta a partir de dezembro de 2008 na Biblioteca Central João Herculino do UniCEUB ou com a Coordenação dos CRTTG.

Logo, sabendo dessas condições e assinando esse termo, dou autorização às pesquisadoras ligadas ao UniCEUB para fazerem o seu estudo que se insere como um Trabalho de Conclusão de Curso.

Brasília, _____ de _____ de 2008

Assinatura da participante


Ellen Teles da Costa Pereira

Maria Christina Dale

Aline Teixeira Alves

Michelle Cecília dos Reis

Anexo B

 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE Coordenadoria do Câncer		FICHA CLÍNICA AMBULATÓRIO DE TABAGISMO					
Unidade de Saúde	CNS:	Naturalidade:	Iniciais nome	Dia	Mês	Ano	Sexo
							1-M <input type="checkbox"/>
Nome:							2-F <input type="checkbox"/>
Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____ Profissão: _____							
E-mail: _____							
Empregado atualmente () Sim () Não Mercado Informal () Sim () Não Renda Familiar: _____							
Endereço: _____							
Cidade: _____ Telefones: _____							
Escolaridade () Não alfabetizado () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Superior							
Nº de derivado do tabaco ao dia: _____							
Tipo: () Cigarro () Charuto () Cachimbo () Outros							
Associação com outros tipos de drogas? () Sim () Não Qual? _____							
Idade de início do tabagismo: _____ Motivos: _____							
Convivência com fumantes? () Trabalho () Domicílio () Outros							
Principais "efeitos gatilhos" para acender cigarro: () após o café () após as refeições () Solidão () Ansiedade () Nervosismo () Stress () Álcool () Alimentos doces () Outros							
Motivação para deixar o fumo: () Saúde () Pressão Social () Pressão Familiar () Outros							
Doenças Crônicas: () Diabetes () Hipertensão () Depressão () Problemas Cardíacos () Câncer () Crise Convulsiva () Doenças Respiratórias () Bulimia () Anorexia () Úlcera () Gastrite () Hipotiroidismo () Hipertiroidismo () Obesidade () Outros							
Faz uso de medicamentos? () Sim () Não Quais? _____							
Já tentou parar de fumar? () Sim () Não Nº de vezes _____							
Rede de apoio para cessação: () Família () Amigos () Religião () Colegas de trabalho () Nenhum () Outros							
Participa de atividades na comunidade: () Saúde () Atividade física () Religiosa () Lazer () Outros () Nenhum							
Observações: _____ _____ _____ _____							
Data: ____/____/____		Carimbo e assinatura do profissional					

Mod.149.03

C.c. 200.572

Formato: 200x285

03/2006

NNP/SUPLAN

N. Pr. J. Gráfica/SES

Nome: _____
Idade: _____
Sexo: _____ FC: _____ FR: _____

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA TESTE DE FAGERSTRÖM

Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro ? ()

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6-30 minutos = 2

Entre 31-60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

Você acha difícil não fumar em lugares públicos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc. ? ()

Sim = 1

Não = 0

Qual cigarro do dia traz mais satisfação ? ()

O primeiro da manhã = 1

Outros = 0

Quantos cigarros você fuma por dia ? ()

Menos de 10 = 0

De 11 a 20 = 1

De 21 a 30 = 2

Mais de 30 = 3

Você fuma mais frequentemente pela manhã ? ()

Sim = 1

Não = 0

Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo ? ()

Sim = 1

Não = 0

CONCLUSÃO SOBRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA:

0 2 pontos = muito baixo

3 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 7 pontos = elevado

8 10 pontos = muito elevado

Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS

Muitas mulheres têm problemas com perda involuntária de urina, ou seja, não conseguem controlar a urina, mas dificilmente falam sobre o assunto. Por isso pedimos para que você pense na sua condição no último ano e responda à seguinte pergunta:

1. Nos últimos doze meses, você teve alguma perda involuntária de urina, ou seja, fez xixi sem querer?
() Sim () Não

Caso a resposta seja SIM, por favor, responda também às perguntas abaixo, mas caso seja NÃO passe para a próxima folha.

2. Nos últimos doze meses com que frequência você teve perda de urina?
() Menos de uma vez por mês
() Uma vez por mês
() Duas a três vezes por mês
() Cerca de uma vez por semana
() Quase todos os dias
() Todos os dias
3. Quando ocorre a perda urinária, qual a quantidade que você acha que perde de uma maneira geral?
() Algumas poucas gotas
() Quantidade suficiente para molhar a calcinha
() Quantidade suficiente para molhar não só a calcinha, mas também a roupa
() Quantidade suficiente para molhar não só a calcinha e a roupa, mas também o chão
4. Quando você pede urina, essa perda está associada a manobras de esforço como, por exemplo, tossir, espirrar, pegar peso ou praticar atividade física?
() Sim () Não
5. Quando você perde urina, essa perda está associada a um desejo repentino e muito forte de urinar?
() Sim () Não
6. Quanto você acha que esse problema de não controlar o xixi afeta sua vida?
() Nem um pouco () Moderadamente
() Um pouco () Muito

QUESTIONÁRIO DE FATORES DE RISCO

Alguns fatores podem aumentar as chances de ter perda involuntária de urina e é sobre eles que gostaríamos de saber. Para isso pedimos para que você responda às perguntas seguintes:

1. Qual sua profissão? _____

2. Você está grávida atualmente?

☐ Sim ☐ Não

3. Quantos filhos você já teve?

☐ Nenhuma

☐ Uma

☐ Duas

☐ Três

☐ Quatro

☐ Mais de quatro

Caso você já tenha engravidado alguma vez, por favor, responda às perguntas número 4, 5 e 6, mas caso não tenha ficado grávida nenhuma vez passe para a pergunta número 7.

4. Há quanto tempo foi sua última gravidez?

☐ Mais de um ano

☐ Menos de um ano

5. Quantos partos normais você teve?

☐ Nenhum

☐ Um

☐ Dois

☐ Três

☐ Quatro

☐ Mais de quatro

6. Quantas cesáreas você teve?

☐ Nenhuma

☐ Uma

☐ Duas

☐ Três

☐ Quatro

☐ Mais de quatro

7. Você já passou pela menopausa (parou de menstruar há mais de um ano)?

☐ Sim ☐ Não

Caso a resposta seja SIM, há quanto tempo aproximadamente? _____

8. Você já realizou alguma cirurgia?

() Sim () Não

Caso a resposta seja SIM, por favor, escreva nas linhas abaixo quais foram elas, mas caso seja NÃO passe para a pergunta de número 9.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

9.No último ano, você praticou atividade física pelo menos três vezes por semana?

() Sim () Não

Caso a resposta seja SIM, por favor, responda a pergunta 10, mas caso seja NÃO por gentileza passe para a pergunta de número 11.

<p>10. Em um dia típico no qual praticou atividade física, que tipo de exercício você realizou?</p> <p>() Caminhada</p> <p>() Corrida</p> <p>() Ginástica aeróbica</p> <p>() Natação</p> <p>() Outras modalidades. Quais? _____</p> <hr/> <hr/>
--

11. Qual a sua altura? _____

12. E o seu peso? _____

13.Com que frequência você consumiu bebida alcoólica no último ano?

- () Todos os dias
- () De duas a três vezes por semana
- () Uma vez por semana
- () De duas a três vezes por mês
- () Uma vez por mês
- () Menos de uma vez por mês
- () Nenhuma vez

14. Com que frequência você consumiu café no último ano?

- ☐ Várias vezes ao dia
- ☐ Todos os dias
- ☐ De duas a três vezes por semana
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ De duas a três vezes por mês
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Nunca

15. Com que frequência você consumiu outras bebidas que não o café, mas que também contém cafeína como é o caso de chá preto, chá mate, refrigerantes com cola, como, por exemplo, Coca-Cola e Pepsi-Cola, e chocolate em pó como, por exemplo, Toddy e Nescau no último ano?

- ☐ Várias vezes ao dia
- ☐ Todos os dias
- ☐ De duas a três vezes por semana
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ De duas a três vezes por mês
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Nunca

16. Nos últimos cinco anos, você realizou algum tratamento para incontinência urinária como, por exemplo, cirurgia, fisioterapia ou o uso de algum remédio?

- ☐ Sim ☐ Não

Caso a resposta seja SIM, por favor, responda às perguntas número 17 e 18 na, mas caso seja NÃO leia a frase no final da página seguinte.

17. Qual tratamento você já realizou?

18. Tem quanto tempo que você fez seu tratamento?

- ☐ Menos de um ano
- ☐ De um a dois anos
- ☐ De dois a três anos
- ☐ De três a quatro anos
- ☐ De quatro a cinco anos
- ☐ Mais de cinco anos

Obrigada por sua participação!
Continue firme em sua decisão de parar de fumar e lembre-se sempre de quantos malefícios o fumo propicia e que sua saúde é o seu maior bem e que por isso cultivá-la é o seu melhor investimento!

Anexo D

Tabela 1 – Perfil das Mulheres quanto aos Principais Fatores de Risco

	Continentes	Incontinentes	Total
Idade (média \pm DP)	48,00 \pm 13,04	44,63 \pm 13,13	46,51 (\pm 13,03)
Índice de Massa Corporal (média \pm DP)	23,55 \pm 4,51	24,62 \pm 3,15	24,07 (\pm 3,99)
Filhos (Frequência %)			
Nuligestas	1 (2,32%)	3 (6,97%)	4 (9,29%)
De 1 a 2 filhos	10 (23,25%)	9 (20,93%)	19 (44,18%)
Mais de 3 filhos	8 (16,60%)	12 (27,90%)	20 (44,50%)
Parto vaginal			
Sim	17 (39,53%)	13 (30,23%)	29 (67,43%)
Não	7 (16,27%)	7 (16,27%)	14 (32,54%)
Cesárea			
Sim	10(23,25%)	9 (20,93%)	19 (44,18%)
Não	14(32,55%)	10(23,25%)	24 (55,82%)
Menopausa			
Sim	12 (27,90%)	4 (9,30%)	16 (37,21%)
Não	12 (27,90%)	15 (34,88%)	27 (62,79%)
Consumo de bebida alcoólica			
Sim	13 (30,23%)	11 (25,58%)	24 (55,81%)
Não	11 (25,58%)	8 (18,60%)	19 (44,19%)
Consumo de café			
Sim	53,48%)	19 (44,18%)	42 (97,67%)
Não	1 (2,32%)	0 (0%)	1 (2,33%)

Anexo E

Tabela 2 – Número de cigarros consumidos entre as mulheres continentes e incontinentes

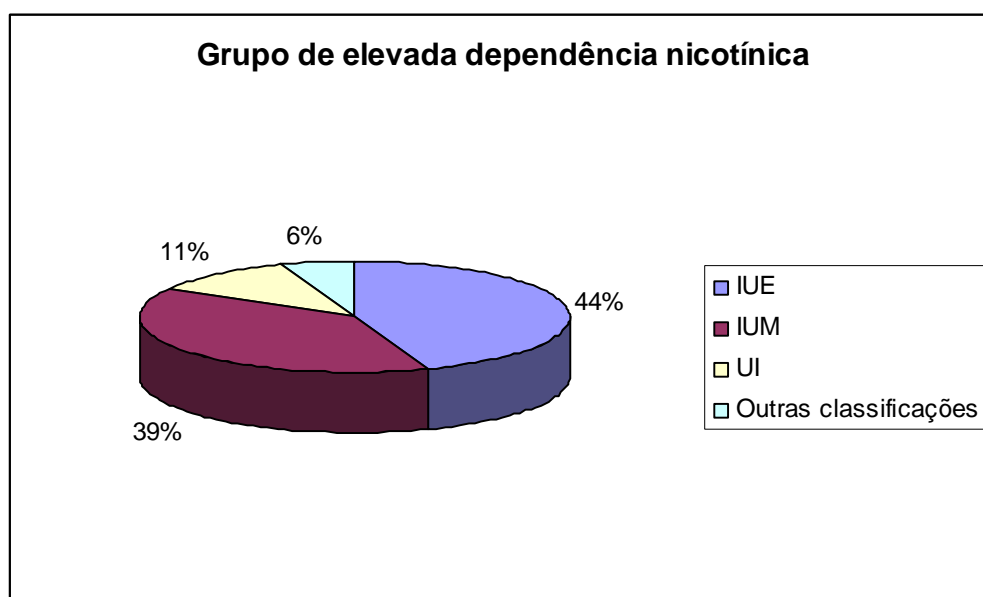
	Continentes	Incontinentes	Total
Número de cigarros consumidos/dia (%)			
1- 19 cigarros	7 (16,27 %)	8 (18,60 %)	15 (34,87%)
≥ 20 cigarros	12 (27,90 %)	16 (37,20 %)	28 (65,10%)

Anexo F

Tabela 3 – Grau de dependência de nicotina entre as mulheres continentas e incontinentes segundo o Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF)

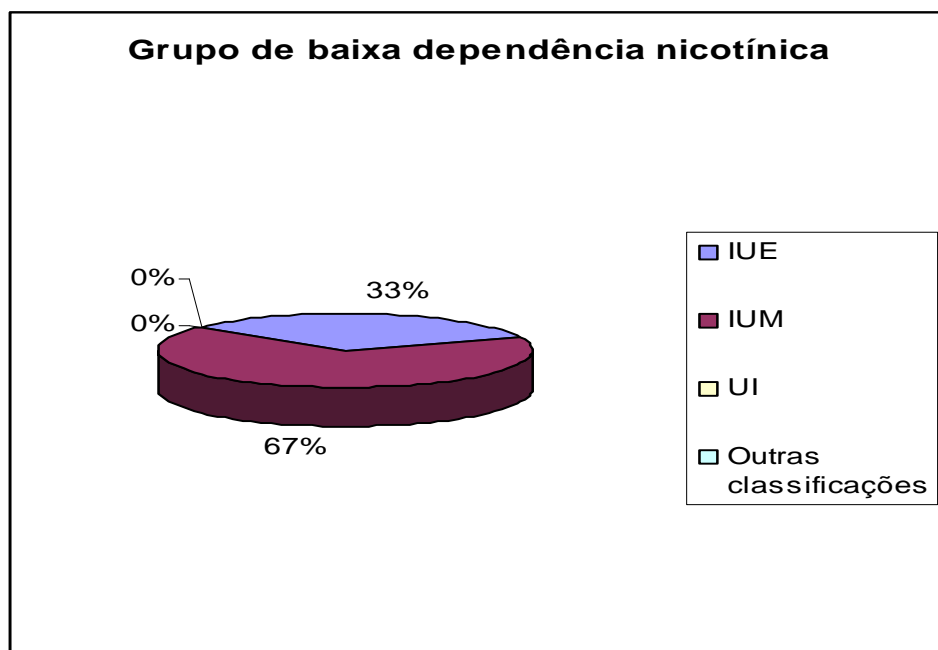
	Continentes	Incontinentes	Total
Dependência de nicotina (%)			
Muito baixa (0 a 2 pontos)	0 (0 %)	2 (4,65%)	2 (4,65%)
Baixo (3 a 4 pontos)	6 (13,95%)	3 (6,97%)	9 (20,92%)
Médio (5 pontos)	2 (4,65%)	1 (2,32%)	3 (6,97%)
Elevado (6 a 7 pontos)	6 (13,95%)	9 (20,93%)	15 (34,88%)
Muito elevado (8 a 10 pontos)	5 (11,62%)	9 (20,93%)	14 (32,55%)

Anexo G



Incontinência urinária de esforço (IUE), Incontinência urinária mista (IUM), Urgeincontinência (UI)

Anexo H



Incontinência urinária de esforço (IUE), Incontinência urinária mista (IUM), Urgeincontinência (UI)